



ESTADO DE CONNECTICUT

DEPARTAMENTO DE SERVICIOS SOCIALES

W-982S
(Rev. 10/06)

PARA USO SOLAMENTE DE DSS

Date Received: _____

Number Assigned: _____

SOLICITUD PARA AYUDA CON CUIDADO PERSONAL (PCA WAIVER)

1. Datos Personales

Nombre _____

Persona de contacto si es otra que usted:

Dirección _____

Nombre _____

Parentesco _____

Teléfono _____

Teléfono _____

Fecha de Nacimiento ____ / ____ / ____
(mes) (día) (año)

Casado(a)

Soltero(a)

Viudo(a)

Divorciado(a)

Número de Seguro Social _____

Cual es su Incapacidad _____

Yo vivo Solo(a) Con Otros

Defensor, si es aplicable _____

En una Institución

Teléfono _____

Si usted vive con otros, favor de identificar:

Nombre	Parentesco

2. Información del Medicaid/Medicare

Yo estoy actualmente: En Medicaid

En Bajo Gastos

Pendiente Para Medicaid

No En Medicaid

Número de Medicaid _____

Yo estoy actualmente en Medicare Sí No

Número de Medicare _____

3. Complete Esta Sección Si Usted Recibe Algunos de Estos Servicios Actualmente.

Yo recibo:

Servicios de Ayuda de Salud en el Hogar Sí No Horas Por Semana _____

Agencia _____

Servicios de Enfermera(o) Sí No Horas Por Semana _____

Agencia _____

Terapia Física Sí No Horas Por Semana _____

Agencia _____

Terapia Ocupacional Sí No Horas Por Semana _____

Agencia _____

Terapia del Habla Sí No Horas Por Semana _____

Agencia _____

Los servicios de arriba son pagados por: Medicaid Medicare Ambos Ninguno

4. Otro Programa de Participación

Yo recibo los siguientes servicios:

- Servicios "Esenciales" de DSS Basados en la Comunidad (incluyen ama de casa, acompañante, comida que se entrega al domicilio "meals on wheels", sistema de respuesta de emergencia, cuidado diurno para adultos).

Enumere Servicio _____ Horas/Semana _____

_____ Horas/Semana _____

Costo total mensual de estos servicios, si lo sabe _____

Nombre del Trabajador(a) Social _____

- Servicios de la Oficina de Rehabilitación (BRS), por favor describa:

Nombre del Consejero _____

- Servicios del Departamento de Retardación Mental o el Departamento de Salud Mental, favor de identificar:

Costo total de estos servicios, si lo sabe _____

Nombre de su supervisor de caso _____

5. Necesidades de Asistencia

Yo necesito ayuda física (manos sobre/hands on) con lo siguiente (marque todos los que apliquen):

- A Ser Bañado Sí No
- A Ser Vestido Sí No
- Con Cuidado Sanitario Personal Sí No
- Un Transferido Completo Sí No
- A Ser Alimentado Sí No

6. Datos Financieros

Mi ingreso mensual total (no incluyendo fondos del programa identificado en Sección 4) es:

<u>Cantidad</u>	<u>Fuente</u>
_____	_____
_____	_____
_____	_____

My total assets are:

<u>Cantidad</u>	<u>Fuente</u>
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Si este formulario fue completado por algún otro que el candidato principal, identifique esa persona:

Nombre _____

Parentesco con candidato potencial _____

Favor de explicar porque este formulario no fue completado por el candidato potencial: _____

Yo certifico que la información provista es verdadera y exacta según de mi entendimiento.

Firma del Candidato

Fecha

Firma del Testigo si el candidato firma con una "X"

Fecha

Firma de la persona que completó este formulario si es otro que el candidato

Fecha

Firma del Defensor, si es aplicable

Fecha

Devuelva Este Formulario A:

**Department of Social Services, 25 Sigourney Street, Hartford, CT 06106-5033
Attention: Social Work Services**